

麻しん風しん混合予防接種予診票 Phiếu dự chẩn tiêm chủng cho bệnh sởi

対象年齢：第1期...1歳～2歳未満 第2期...5歳～7歳未満で小学校入学の前年度

対象年齢: Giai đoạn 1 ... 1 đến 2 tuổi Giai đoạn 2 ... 5 đến 7 tuổi và trước khi vào tiểu học

住所 Địa chỉ	春日井市 thành phố Kasugai		診察前体温 熱度 体温 度 分 分	
	TEL - -		第()期 Giai đoạn	
	1か月以内に受けた他の予防接種 Các loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng 年 月 日 (種類 loại tiêm chủng) 年 月 日 (種類 loại tiêm chủng)			
ふりがな tên viết katkana 受ける人の氏名 tên người được tiêm	男 Nam 女 Nữ	生年月日 Ngày sinh	年 月 日 Năm tháng ngày	日生 年 月 日 sinh năm tháng ngày
保護者の氏名 Họ tên phụ huynh				*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。

質問事項 Nội dung câu hỏi		回答欄 Cột trả lời		医師記入欄 cột nhập của bác sĩ
1	今日の予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa?	はい có	いいえ không	
2	お子さんの発育歴についておたずねします Tôi sẽ hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. 出生体重 出生時重 () g 分娩時に異常がありましたか Có bất kỳ sự bất thường nào tại thời điểm sinh nở? () 出生後に異常がありましたか Có bất thường sau khi sinh (?) () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Bạn đã bao giờ được thông báo rằng có gì đó không ổn trong việc kiểm tra sức khỏe của em bé? ()	なかった Không なかった không ない không	あった có あった có ある có	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? 具体的な症状を書いてください Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. ()	いいえ không	はい có	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? 病名 Tên bệnh () (月 日 頃)	いいえ không	はい có	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? 病名 Tên bệnh (月 日 頃)	いいえ không	はい có	
6	1か月以内に他の予防接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか Trường hợp trong vòng 1 tháng mà đã được tiêm loại vaccin nào khác thì thời gian tiêm chủng có hợp lý không?	はい có	いいえ không	
7	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? 病名 Tên bệnh ()	いいえ không	はい có	
	(「はい」の人のみ) がんやその他の病気にかかっている医師に今日の予防接種を受けても良いといわれましたか Đối với bệnh đái tháo đường có bảo hôm nay tiêm phòng là không có vấn đề gì không	はい có	いいえ không	

8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか-con bạn đã bao giờ bị co giật chưa? (bao nhiêu 歳 Tuổi か月頃 tháng)	いいえ không	はい có	
	(「はい」の人のみ) giành cho những người trả lời là có そのとき熱が出ましたか lúc đó có bị sốt không	いいえ không	はい có	
9	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか con bạn đã bao giờ bị phát ban hoặc nổi mề đay trên da hoặc cảm thấy bị cơ thể không tốt do thuốc hoặc thực phẩm, ? 薬品名 Tên thuốc () 食品名 Tên thực phẩm ()	いいえ không	はい có	
10	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không?	いいえ không	はい có	
11	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? 予防接種の種類 Hình thức loại tiêm chủng () 症状 ()	いいえ không	はい có	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? 予防接種の種類 loại tiêm chủng ()	いいえ không	はい có	
13	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか Bạn có được truyền máu hoặc tiêm gammaglobulin trong vòng 6 tháng gần đây không? 輸血・ガンマグロブリン注射 Truyền máu, tiêm gammaglobulin (月 tháng, 日頃 ngày)	いいえ không	はい có	
14	今日の予防接種について質問がありますか-Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? ()	いいえ không	はい có	
医師記入欄 Cột điền dành cho bác sĩ 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。 医師署名 (自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を受けることに(同意します・同意しません)

Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v...

Tôi (đồng ý/không đồng ý) với việc tiêm chủng.

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của tiêm chủng.

Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương.

保護者署名 chữ ký của phụ huynh

(自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (hoặc của người được tiêm trong trường hợp người đó đã kết hôn) Tự kí)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予診年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認 ロットシール貼付	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入

ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

Gamma globulin là một loại sản phẩm máu có thể được tiêm với mục đích ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm như viêm gan A và để điều trị các bệnh truyền nhiễm nghiêm trọng. Những người đã tiêm thuốc này trong vòng 3 đến 6 tháng, Vắc xin như sởi có thể không hiệu quả hoàn toàn.